National High Blood Pressure Prevention and Control Strategy

Summary Report of the Expert Working Group

Health Canada
&
The Canadian Coalition for High Blood Pressure
Prevention and Control

January 31, 2000

ACKNOWLEDGEMENTS

Despite the establishment of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control (Coalition) by Health Canada, in 1984, by the participation of all stakeholders concerned with hypertension (or high blood pressure), the control of this silent killer is very small. The situation analysis, in 1996, warranted a critical appraisal.

This led to the development of a national high blood pressure prevention and control strategy, which was readily embraced by the Coalition. An Expert Working Group was established in Fall 1996, and its members took on the challenge of compiling this strategy. Every one of the members listed in the Expert Working Group worked very hard to shape the strategy, based on scientific evidence, through substantial contributions to its content and through participation in numerous revisions.

We are very grateful to the Dr. Paula Stewart for synthesizing the information from the Expert Working Group's deliberations to formulate the final strategy paper. We appreciate her patience and continuous interaction with members of the Working Group to capture the ideas and nuances to make this as a workable strategy. The support of Ms. Jackie Kierulf by providing background research is gratefully acknowledged.

The development of this strategy was a partnership between Health Canada (through Adult Health Division, Health Promotion and Programs Branch and Laboratory Centre for Disease Control, Health Protection Branch) and the Coalition. The financial support provided by the Population Health Fund from the Health Promotion and Programs Branch, Health Canada was a significant contribution to develop and complete this strategy on time.

The Strategy has been reviewed by the Coalition's 34 member organizations. The Strategy is currently under review by the Council of Chief Medical Officers of Health (CCMOH).

While the Strategy is now ready, its full potential will be realized only if we can implement the steps outlined. The work has just begun and it requires the input of every one concerned.

Overall, though a challenging mission, the production of this Strategy was a most satisfying and pleasant experience. On a personal note, I appreciate the opportunity to Chair the Working Group. I thank each and every member of the Working Group, Dr. Paula Stewart and Ms. Jackie Kierulf for their contribution to the completion of this Strategy.

Arun Chockalingam, MS, PhD, FACC
Adult Health Division, HPPB Health Canada
Chairperson, Working Group

104-02956/

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE PREVENTION AND CONTROL

WORKING GROUP

Dr. Arun CHOCKALINGAM, Health Canada, HPPB, Adult Health Division (Chair)

Dr. Norman CAMPBELL, Past President, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control

Dr. Maureen CAREW, Health Canada, Bureau of Cardio-Respiratory Disease and Control

Dr. Véronique DÉRY, Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre

Dr. Rémi GUIBERT, McGill University

Dr. David MACLEAN, Dalhousie University

Dr. Andres PETRASOVITS, Health Canada, HPPB, Adult Health Division

Dr. Robert PETRELLA, Secretary, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control

Ms. Vivian RAMSDEN, Saskatchewan Stroke Research Centre

Dr. Terrence RUDDY, President, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control

Dr. Gregory TAYLOR, Health Canada, LCDC

Dr. Elinor WILSON, Heart and Stroke Foundation of Canada

Project Contractor

Dr. Paula Stewart, Community Health Consulting

INTRODUCTION

High blood pressure is one of the most common and important health problems facing Canadians. It is one of the main risk factors for heart disease, stroke and kidney failure. Heart disease and stroke account for 37% of all deaths[1].

The mortality rates of heart disease and stroke have decreased in the past several years[2]. This is probably due to a combination of factors including a decrease in smoking and salt consumption, and improved treatment. The aging of the population will lead to an increase in deaths due to these two diseases unless further prevention efforts are undertaken now.

The prevention and control of high blood pressure would have a major impact on health, quality of life, disability and death among Canadians. It would also reduce the need for health care expenditures for these diseases.

This report outlines a strategy to prevent and control high blood pressure. It is directed at policy makers at the local, provincial/territorial, and national level in both the health and non-health sectors. The strategy is based on current research and expertise. A multifaceted, comprehensive approach is proposed because there is no one intervention that will accomplish the goal of improving the health of Canadians through high blood pressure prevention and control.

This report focuses on the general population. It does not address the unique needs of children, pregnant women or aboriginal peoples. Each of these groups need to be studied in their own right and, in particular, with the involvement of aboriginal people themselves.

---

[1] Heart and Stroke Foundation of Canada. Heart and Stroke in Canada. Ottawa, Canada. 1997.
[2] ibid

SUMMARY OF LITERATURE

General

Blood pressure is distributed normally in the population with no real definition between people who are normotensive and those that are hypertensive[3]. In general, the higher the blood pressure the greater the risk of health problems. It is difficult to identify an absolute value over which risk increases because the risk is continuous. The presence of other risk for factors for heart disease, such as smoking, is associated with risk of disease at lower levels of blood pressure than if these factors are not present[4].

The broad, normal distribution of blood pressure in the population has major implications for the prevention and control of high blood pressure in the population. First, it is important to reduce the blood pressure of the whole population in addition to the individuals with the highest levels. Although the risk is higher among this latter group, there are many more people in the population in the lower risk categories. Therefore, most of disease associated with high blood pressure occurs among people with borderline or mildly elevated blood pressure[5]. Second, whatever cut-off points are used to diagnose, there will be some people with levels below this that are at increased risk for heart disease. If the whole population is targeted to reduce the risk factors for elevated blood pressure then these people will not be missed.

Based on the 1985-90 Heart Health surveys[6], it is estimated that 22% of adult Canadian – 26% of men and 18% of women are hypertensive. Only 13% of the population had been diagnosed with high blood pressure. Of these, 28% were treated and controlled, 40% were being treated but were not controlled, and 33% were not treated and not controlled.

---

[3] World Health Organization. Hypertension Control – Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No. 862. Geneva, 1996. p. 2

[4] Ibid p. 3.

[5] Cook N, Cohen J, Hebert P, Taylor J, Henekens C. Implications of small reductions in diastolic pressure for primary prevention. Arch Intern Med 1995;155-701-9.

More recent surveys suggest that this picture may not have changed since 1990. The National Population Health Surveys (NPHS) conducted by Statistics Canada in 1994 and 1996 found that 9% and 10% of the population age 12 and up reported that they had been diagnosed with high blood pressure (age range -18 to 74). This is similar to eh 13% reported in 1985-90. The proportion of the population with diagnosed high blood pressure increases with age (Table 1).

Table 1 – Proportion of men and women reporting diagnosis of high blood pressure by physician by age and sex, National Population Health Survey, 1994 –96.

Age group	1994	1996
Overall	9%	10%
25 – 44 years	3% Men, 3% Women	3% Men, 3% Women
45 – 64 years	13% Men, 16% Women	15% Men, 18% Women
65 plus years	23% Men, 33% Women	28% Men, 36% Women

Prevention of High Blood Pressure

Given only a small proportion of high blood pressure (1 to 5%) is associated with underlying disease[7], there is great scope for the prevention of the onset of high blood pressure Research has identified several factors that are associated with an increased risk of high blood pressure[8],[9]. Cigarette smoking is not specifically associated with high blood pressure but the combination of high blood pressure and smoking puts an individual at high risk for heart disease and stroke.

Modifiable factors/conditions

- Excess weight (BMI > 25)
- Central obesity (waist/hip circumference
- Lack of regular physical activity
- Heavy alcohol use (≥ 14 drinks per week for men, and ≥9 /week for women)
- Excessive salt intake
- Inadequate dietary intake of calcium and potassium
- Lack of diet with high fibre, fruit, vegetables and low saturated fat
- Stress and coping with stress
- Low socio-economic status
- Low birthweight

Non-modifiable factors

- Family history
- Age
- Ethnicity – black, South East Asians

---

[6] Joffres MR et al. Amer J Hypertension 1997:1097-1102.
[7] World Health Organization. Hypertension Control – Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No. 862. Geneva, 1996. p. 22.
[8] Canadian Coalition for High Blood pressure Prevention and Control. Non-pharmacological Therapy to Prevent and Control High blood pressure. An Overview of Canadian Recommendations. Heart and stroke Foundation of Canada, 1997.
[9] World Health Organization. Hypertension Control – Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No. 862. Geneva, 1996. p. 3. p. 13 – 20.

According to the 1996 National Population Heath Survey, almost half the adult population (48%) has some excess weight (BMI $\geq$ 25) or is over weight BMI $\geq$ 27). Fifty-seven percent of the population is physically inactive. Five percent of the population consumes alcohol at a level that increases their risk of high blood pressure.

Present programs provide a good base for prevention, but there is a need for expanded activity to have a significant impact on the prevention of high blood pressure.

- Community-based heart health programs need to be expanded in workplace, school and community settings. They should be provided in a collaborative way with public health, community health centers, voluntary organizations, schools, workplaces, food industry, community members and others,. There needs to be a specific link made between the promotion healthy behaviors and the prevention of the onset of hypertension.

- All health care providers need to provide education on healthy behaviours as part of regular primary care. Guidelines for clinical practice and education resources need to be provided to facilitate this practice. The education of health care professionals needs to include prevention knowledge, attitudes and skills. The newer models of primary care need to consider how to facilitate a more prominent role for a variety of prevention activities in primary care.

- Additional resources should be allocated to prevention programs at the community level. Less than 2% of the health care budget is allocated to prevention and health promotion activities. This limits the impact of prevention programs.

- The non-health sector (for example, recreation, industry, transportation) needs to be actively involved in creating legislation, policies, and supportive environments for physical activity, healthy eating, avoidance of heavy alcohol, avoidance of excessive salt, and stress reduction.

- More research is needed to assist in the development and implementation of effective programs. Program evaluation should be included in all health promotion and prevention programs. This will require allocation of funding for this activity and the linkage of evaluators with program planners and managers. University researchers need to work in concert with service providers to add to the knowledge base of the need for and effectiveness of programs.

Early detection of high blood pressure

The effective lowering of high blood pressure results in a decreased risk for heart disease and stroke[10]. In Canada, there is a major problem with undetected high blood pressure that likely contributes to morbidity and mortality from heart disease and stroke. According to the Heart Health surveys in 1985 to 1990 – about 9% of adults aged 18 to 74 were unaware they have high blood pressure[11]. Of those with undetected high blood pressure, 12% were aged18 to 34, 61% were aged 35 to 64, and 27% were aged 65 to 74. Men had higher rates of undetected high blood pressure than did women for all age-groups.

Clinical guidelines recommend that all adults should be screened for high blood pressure every two years or more often if there is a borderline reading on one occasion[12]. This will ensure that high blood pressure is identified early. According to the 1996 National Population Health Survey, many adults (84%) have had their blood

---

[10] Hennekens, CH. Lessons learned from Hypertension Trials. Amer J Med. 1998;104:50S-53S.
[11] Joffres MR et al. Amer J Hypertension 1997:1097-1102.
[12] Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Canada Communication Group – Publishing, Ottawa, Canada 1994.

pressure assessed in the past two years. Young men (aged 25 to 44) had the lowest rate (78%) and men and women over age 65 had the highest rate (over 90%).

Even if people have their blood pressure assessed, this does not necessarily lead to a diagnosis and treatment among those who do have high blood pressure. Those with high measurements at the time of screening must be followed-up by a physician with repeated measures with properly calibrated equipment to make the diagnosis. The high rate of undetected high blood pressure in spite of the fact that many people are being screened may be because the physician does not recognize the need for further assessment. In other cases it may be that the individual has had their blood pressure assessed outside the physician's office and does not go for follow-up.

The following strategies would likely improve the early detection of individuals with high blood pressure in the community

- awareness campaign for the general public of the need for and the benefits of regular blood pressure assessment

- education campaign for primary care providers of screening guidelines and the need to do screening as part of visits for other health problems in addition to periodic health exams

- providing accessible opportunities for blood pressure assessment that are linked to a physician for follow-up

Control of high blood pressure

The control of high blood pressure is dependent on involving the individual and family in a management plan that includes first, lifestyle changes (healthy weight, physical

activity, healthy diet, and avoiding heavy alcohol use) and then the addition of medication as needed[13]. Education, close monitoring and follow-up, using self blood pressure assessment and pill monitoring can improve the chances that the individual will make the necessary lifestyle adjustments and take prescribed medication[14]. Workplace programs that combine education and monitoring with a reward system can improve control.

Less than one-third of adults (25% of men and 31% of women aged 18 to 74) with diagnosed high blood pressure are treated and controlled[15]. The following problems have been identified in Canada

- According to the 1996 National Population Health survey, many people, young men in particular (46%), are not being treated once high blood pressure is diagnosed.

- Many individuals with high blood pressure are being treated with medication alone rather than a combination of medication and lifestyle changes[16].

- There are high rates of stopping medication in the first six months to one year[17]. The cost of medication is a barrier to taking blood pressure lowering medication for some individuals.

- Because of funding arrangements, the primary care setting is limited in its ability to provide interdisciplinary service that involves the individual and family in the blood pressure management program with education, self-monitoring of

---

[13] Hennekens, CH. Lessons learned from Hypertension Trials. Amer J Med. 1998;104:50S-53S
[14] Feldman R et al. Adherence to pharmacological management of hypertension. A Literature Review. Department of Medicine, University of Western Ontario, 1998.
[15] Joffres MR et al. Amer J Hypertension 1997:1097-1102
[16] Statistics Canada. National Population Health Survey 1996.
[17] Feldman R et al. Adherence to pharmacological management of hypertension. A Literature Review. Department of Medicine, University of Western Ontario, 1998.

medication and blood pressure. There need to be greater links among other care providers such as pharmacists and occupational health nurses.

- There is concern that physicians may not be prescribing medication to have the maximum impact on lowering blood pressure. Clinical practice guidelines on diagnosis, and lifestyle and pharmacologic management of high blood pressure are produced based on formal review of research evidence but they are not widely disseminated.

- Workplace and community environments could be more supportive to assist individuals to make healthy lifestyle changes, for example, walking and bike trials, accessible and affordable weight loss programs. Public policy and legislation could also support healthy lifestyles such as by lowering the salt content of prepared foods.

- There is a need for further research on effective medications, and programs to increase lifestyle change and adherence to medication recommendations.

System Support

There are many organizations, health care providers, and community groups in both the health and non-health sector that can be involved in the prevention and control of high blood pressure. It is important to consider what support is required to enable these groups and individuals to function as effectively as possible as part of an overall system to address this important health problem.

An effective system can be supported with

- **collaborative planning and evaluation** at the national, provincial/territorial and local level to ensure the system is functioning effectively in the most efficient way;

- **surveillance** of the incidence and prevalence of high blood pressure, prevalence of risk factors in the population, use of prevention and therapeutic interventions, and health to monitor progress. This information needs to be disseminated to policy makers and program managers to encourage its use in policy and program planning.

- **research and evaluation** and its dissemination to managers and clinicians to aid evidence-based decision-making;

- on-going **education of service providers** about high blood pressure prevention and control including the use of evidence-based clinical practice guidelines and how to effectively provide education on high blood pressure prevention and control.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE PREVENTION AND CONTROL STRATEGY

Health Goals

The identification of health goals is a critical component of a high blood pressure prevention and control strategy. They clearly outline what changes are needed in the population to improve health. The baseline values for the specific targets for each goals are based on the results of the Heart Health surveys in the early 1990's[18].

Health Goal	***Target***
To reduce the prevalence of uncontrolled high blood pressure in Canada.	• by 10% by the year 2005 (current estimate is 19%)
Sub-goals	
a) To reduce the incidence of high blood pressure among Canadians.	• by 10% by the year 2005 (current estimate is 22% of population aged 18 – 74)
a) To reduce the proportion of Canadians who are unaware they have high blood pressure.	• by 10% by the year 2005 (current estimate is 9.2% of population or 42% of people with high blood pressure)
b) To reduce the prevalence of uncontrolled high blood pressure among those who have been diagnosed with high blood pressure.	• by 10% by the year 2005 (current estimate is 9.3% of population or 43% of individuals with diagnosed high blood pressure)

[18] Jofres

Program Outcomes

The High Blood Pressure Prevention and Control goals will be achieved by programs, policies and services that are directed at achieving the following changes in the population.

Longterm Program Outcome	*Target group*
1. Increase in a healthy lifestyle for all Canadians – healthy weight, healthy nutrition, regular physical activity, low risk alcohol use, and stress management - to prevent the onset of high blood pressure.	• Whole population • Public health • Health service providers • Community organizations • Governments • Voluntary sector • Workplace, schools • Non-health sector
2. Increase in Canadians having regular blood pressure measurements taken and interpreted correctly to increase the early detection of high blood pressure.	• All adults • Primary care providers
3. Increase in high blood pressure investigation, diagnosis, and treatment with lifestyle changes, medication and follow-up according to evidence-based clinical practice guidelines to increase high blood pressure control and underlying medical conditions treated appropriately	• Primary care providers • Specialist care providers • Pharmacists • Health professional organizations • Universities • Health service managers
4. Increase in individuals with high blood pressure adopting healthy behaviours and taking prescribed medication appropriately	• Individuals with diagnosed high blood pressure • Families of individuals with diagnosed high blood pressure • Health service providers • Social service providers • Same organizations as in number 1 above associated with the promotion of a healthy lifestyle

These long-term program outcomes will be achieved through changes in the following short-term program outcomes.

Short Term Program Outcome	*Target Group*
1. Increase in knowledge, attitudes and skills of the general public about healthy behaviours and the need to have regular blood pressure measurements.	• Whole population
2. Increase in knowledge, attitudes and skills of the individuals with high blood pressure about healthy behaviours and control of blood pressure.	• Individuals with high blood pressure and their family members
3. Increase in knowledge, skills and attitudes of health service providers about healthy behaviours, and high blood pressure detection and treatment.	• Health service providers
4. Increase in supportive community, workplace and school environments for the adoption and maintenance of healthy behaviours.	• Public health • Health service providers • Community organizations • Governments • Voluntary sector • Workplace, schools • Non-health sector
5. Increase in supportive health care environments for health care providers and individuals with high blood pressure that support high blood pressure control.	• Health planners • Health service managers • Health service providers • Government • Universities • Health professional organizations
6. Decrease in salt added to prepared packaged food and in restaurants	• Food industry • Restaurants, cafeterias and fast food outlets
7. Increase in research knowledge about the effectiveness of high blood pressure prevention and control interventions.	• Researchers in universities, health service organizations, voluntary organizations, government
8. Increase in research knowledge about the prevalence of risk factors, high blood pressure, and the control of high blood pressure in the population.	• Researchers in universities, public health, health service organizations, voluntary organizations, government
9. Increase in collaboration among organizations and the community in the provision of interventions for the prevention and control of high blood pressure.	• Consumers • Public health • Health service providers • Health planners • Health service managers • Academics and researchers • Community organizations • Governments • Voluntary sector • Workplace, schools • Non-health sector – restaurants, recreation, food industry etc.

Program Strategies

The program short and long-term outcomes will be achieved through the development and implementation of strategies involving both health and other sectors. These strategies will address the factors that influence the behaviors and environment associated with high blood pressure prevention and control.

Community Health Promotion

- Advocating for ***healthy public policy*** in both the health and non-health sectors to support healthy lifestyles.

- Encouraging ***community action*** for the adoption of healthy lifestyles and the regular assessment of blood pressure.

- Creating ***supportive environments*** in schools, the workplace and the community for the adoption of healthy lifestyles and the regular assessment of blood pressure.

- Provide ***information and education*** on the adoption of healthy lifestyles, the regular assessment of blood pressure, and the taking of prescribed medication appropriately.

- Involve ***the non-health sector*** in creating healthy policies, programs and services to support healthy lifestyles and high blood pressure detection and control.

Health Services

- Provide ***education about healthy lifestyle and high blood pressure prevention and screening*** using a variety of methods as part of primary care for everyone of all ages.

- ***Screen all adults (over age 20) for high blood pressure*** at least once every two years, or more often if indicated, in the primary care setting, or in the workplace or community if part of an organized program of follow-up.

- ***Assess individuals*** with a high blood pressure reading at the time of screening on repeated occasions over a three to six month period to make the diagnosis of high blood pressure.

- ***Search for underlying medical causes*** of high blood pressure according to clinical practice guidelines.

- Provide ***intensive lifestyle education for individuals with high blood pressure*** as an essential part of high blood pressure management control.

- Recommend the ***addition of medication*** to control high blood pressure according to clinical practice guidelines.

- Encourage the individual with high blood pressure and their family to be ***active participants*** in their management plan, and provide ***monitoring and follow-up*** to support health behaviour changes and taking medications appropriately.

- Organize the ***delivery of health services*** to ensure they are accessible, effective and efficient including the use of interdisciplinary teams for service delivery, a primary care team as first response and specialist assistance as needed.

System Support

- Advocate for sufficient resources to implement the high blood pressure prevention and control initiative.

- Develop and provide ***education resources*** on healthy behaviours and prevention and treatment of high blood pressure for individuals, families and health service providers.

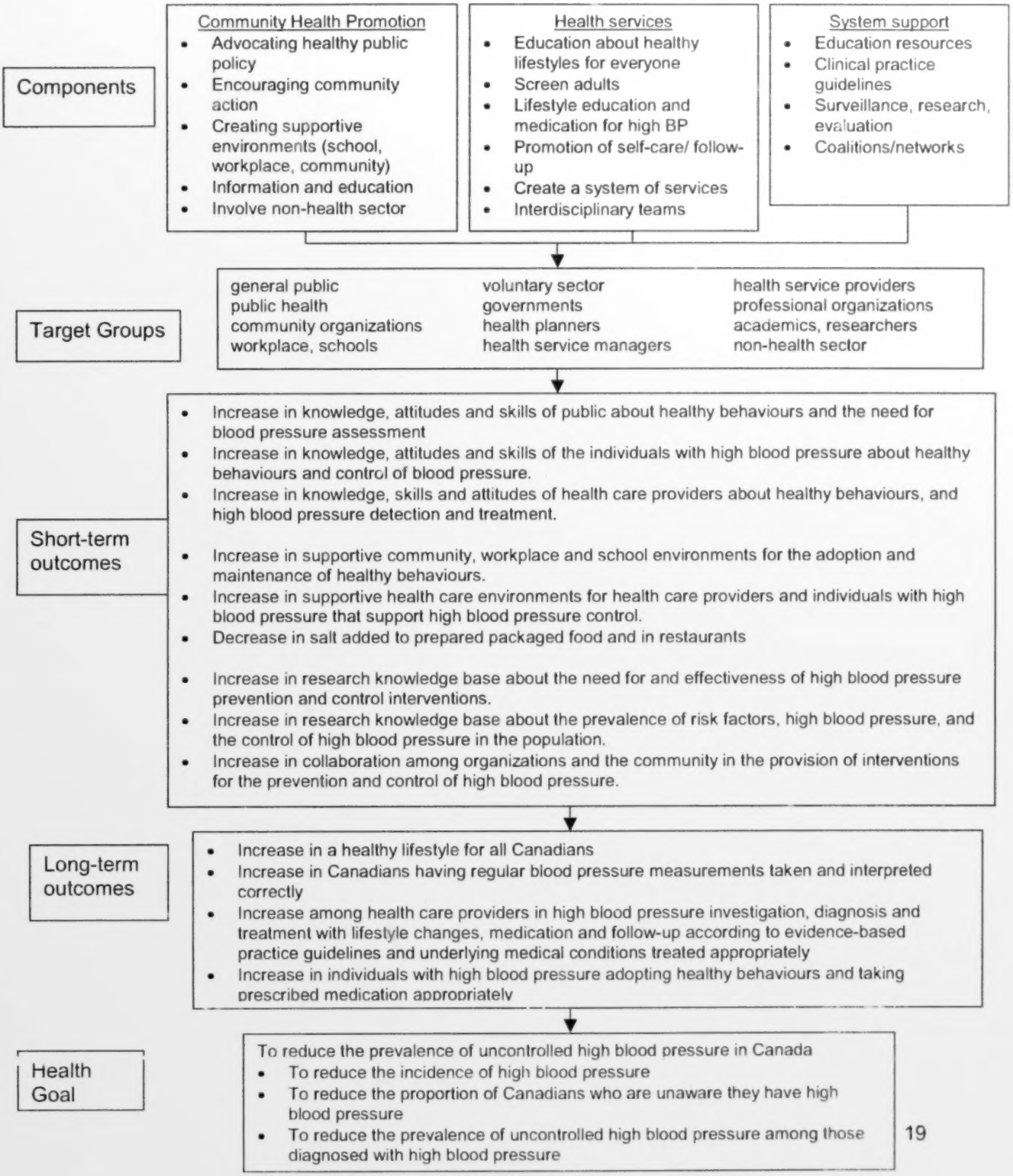
- Develop and disseminate ***clinical practice guidelines*** to health care providers including undergraduate and postgraduate students and practicing professionals.

- Conduct ***surveillance, research and program evaluation*** to provide the evidence base for the high blood pressure prevention and control program.

- Maintain or develop ***coalitions or networks*** at the local/regional, provincial/territorial, and national levels to facilitate effective planning, collaboration and communication and use of resources within the health and non-health sector.

A summary of the proposed National High Blood Pressure Prevention and Control Program is outlined in Figure 1. Appendix A includes a description of possible activities within each of the strategies for the three sub-goals – prevention, early detection, and control of high blood pressure.

Figure 1 - Canadian High Blood pressure Prevention and Control Program


Components
Community Health Promotion
Advocating healthy public policy
Encouraging community action
Creating supportive environments (school, workplace, community)
Information and education
Involve non-health sector
Health services
Education about healthy lifestyles for everyone
Screen adults
Lifestyle education and medication for high BP
Promotion of self-care/ follow-up
Create a system of services
Interdisciplinary teams
System support
Education resources
Clinical practice guidelines
Surveillance, research, evaluation
Coalitions/networks
Target Groups
general public
public health
community organizations
workplace, schools
voluntary sector
governments
health planners
health service managers
health service providers
professional organizations
academics, researchers
non-health sector
Short-term outcomes
Increase in knowledge, attitudes and skills of public about healthy behaviours and the need for blood pressure assessment
Increase in knowledge, attitudes and skills of the individuals with high blood pressure about healthy behaviours and control of blood pressure.
Increase in knowledge, skills and attitudes of health care providers about healthy behaviours, and high blood pressure detection and treatment.
Increase in supportive community, workplace and school environments for the adoption and maintenance of healthy behaviours.
Increase in supportive health care environments for health care providers and individuals with high blood pressure that support high blood pressure control.
Decrease in salt added to prepared packaged food and in restaurants
Increase in research knowledge base about the need for and effectiveness of high blood pressure prevention and control interventions.
Increase in research knowledge base about the prevalence of risk factors, high blood pressure, and the control of high blood pressure in the population.
Increase in collaboration among organizations and the community in the provision of interventions for the prevention and control of high blood pressure.
Long-term outcomes
Increase in a healthy lifestyle for all Canadians
Increase in Canadians having regular blood pressure measurements taken and interpreted correctly
Increase among health care providers in high blood pressure investigation, diagnosis and treatment with lifestyle changes, medication and follow-up according to evidence-based practice guidelines and underlying medical conditions treated appropriately
Increase in individuals with high blood pressure adopting healthy behaviours and taking prescribed medication appropriately
Health Goal
To reduce the prevalence of uncontrolled high blood pressure in Canada
To reduce the incidence of high blood pressure
To reduce the proportion of Canadians who are unaware they have high blood pressure
To reduce the prevalence of uncontrolled high blood pressure among those diagnosed with high blood pressure

Toward Implementation: Recommendations

The Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control recommends the following next steps to decrease morbidity and mortality associated with high blood pressure in Canada.

1. Make high blood pressure prevention and control a priority for federal, provincial, territorial governments.

2. Provide dedicated funding to support a national coalition involving health professionals, government, industry, voluntary organizations, and all stakeholders to coordinate the Canadian Prevention and Control of High Blood Pressure Strategy.

3. Implement a public awareness campaign on the risk factors for, screening of, and benefits of the control of high blood pressure.

4. Develop and implement interdisciplinary models of primary care that support effective preventive practices including risk factor reduction, screening and blood pressure control programs

5. Provide on-going education to health service providers through professional associations on clinical practice guidelines for high blood pressure prevention and control.

6. Negotiation by the Health Protection Branch with the food industry to decrease salt in prepared food and to use a salt substitute with a lower sodium concentration.

7. Promote physical activity and healthy nutrition for all age groups in the population to prevent obesity.

8. Continue research on the causes of high blood pressure and effective treatments, and the evaluation of prevention and control programs.

9. Conduct on-going surveillance of high blood pressure using existing sources of data on health problems and conducting periodic population surveys using methodology developed in the provincial heart health surveys.

Appendix A

Description of Activities for the Prevention and Control of High Blood Pressure in Canada

Examples of activities to promote a healthy lifestyle to prevent the onset of high blood pressure.

Strategy	Possible Activities	Targeted to:	Responsibility
Community Health Promotion			
Healthy public policy	• Physical activity – bike lanes, walking trails • Adequate affordable housing • Financial support for families • Reduction in sodium added to packaged, prepared food and restaurants	General public	Local government Food Industry Restaurants, Cafeterias
Encouraging community action	• Community group to promote cycling • Self-help groups for stress management	General public	Public Health, voluntary organizations, workplace
Creating supportive environments	• Labeling of heart healthy foods in supermarkets • Availability of healthy foods in workplaces and schools	General public	Food industry Workplace, schools
Encouraging personal skill development (knowledge, attitudes, skills)	• social marketing campaigns • school health education curriculum • community workshops • workplace education	General public	Public health, health care providers, occupational health nurses
Health Services			
Prevention education	• discussion of healthy lifestyle during physician/nurse visits • referral to community programs • provide interdisciplinary primary health care programs for individual counseling	General public	Health care providers (physicians, nurse, nutritionists, etc)
System Support			
Continuing education of health care providers and development of clinical practice guidelines and education resources	• develop clinical practice guidelines about lifestyle counseling • conferences, workshops • provision of resources for use in the office setting • internet information distribution • undergraduate and postgraduate education	Health care providers Academics Students	Universities, professional organizations
Surveillance, research and program evaluation	• monitor prevalence of high blood pressure in community • program evaluation • research effective interventions	Health care providers Managers, government	Universities, researchers, service providers
Creating a system	• Heart Health Coalitions	organizations	e.g Public Health, voluntary, food industry, workplace

Activities to increase the early detection of high blood pressure in the general population.

Strategy	Activity	Targeted to:	Responsibility
Community Health Promotion			
Healthy public policy	• Professional organizations adopt a formal policy about high blood pressure screening and communicate it to their members and the public • Government adopts a policy on a health goal to	Health care providers General public	Health professional organizations Federal, provincial/territorial government
Encouraging community action	• Seniors organizations encourage their members to have blood pressure screening • Neighbourhood organizations encourage screening	General public	Community groups
Creating supportive environments	• Screening for high blood pressure in workplaces with a referral process and follow-up to primary care providers	General public	Workplace
Encouraging personal skill development (knowledge, attitudes, skills)	• Social marketing campaign on blood pressure awareness and need for screening	General public	Voluntary organizations, professional organizations, public health, government ,
Health Services			
Prevention education	• education on importance of high blood pressure and need for screening using posters, pamphlets, counseling etc.	General public	Primary care providers, specialists, hospitals
Screening by primary care providers	• set up a tracking system for individuals in the practice • identify screening as one person's responsibility in the office • conduct screening as part of regular office procedures for all visits • set up a system to flag high results on screening and have a formal system for education and follow-up	Individuals in practice	Primary care providers
System Support			
Continuing education of health care providers and development of clinical practice guidelines and resources	• disseminate existing guidelines • develop and disseminate clinical practice guidelines for implementation of a screening program	Health care providers	Health professional organizations Coalitions
Surveillance, research and program evaluation	• evaluate the effectiveness of awareness raising and screening programs • monitor the awareness levels in the population and screening	Health care providers, manger, government	researchers
Network /coalitions	• add the early identification of high blood pressure to the work of community Heart Health coalitions	All those involved in program	Heart Health Coalitions NCPCHP

Activities to promote the appropriate diagnosis and optimum treatment and follow-up of individuals with high blood pressure

Strategy	Activity	Targeted to:	Responsibility
Community Health Promotion			
Healthy public policy	• Advocate for legislation for reduced salt in prepared foods • Advocate for public policy for adequate funding for medication for those who need financial support	Federal government Provincial government	Health professional associations, community groups, public health, heart health coalitions
Encouraging community action	• Self-help weight control programs	Individuals with high blood pressure who are overweight	Health care providers
Creating supportive environments	• create bike and walking trails	Individuals with high blood pressure	Local government
Encouraging personal skill development (knowledge, attitudes, skills)	• group education programs on high blood pressure • workplace education programs • pharmacy education at time of filling prescriptions	Individuals with high blood pressure	Local health care providers Occupational health nurses pharmacists
Health Services			
Primary care	• multidisciplinary team with nutritionists, psychologists, nurses • formal follow-up system with reminders by phone and letter • education via vide tape, pamphlets, internet etc.	Individuals with high blood pressure	Primary care providers Provincial governments
Specialist care	• interdisciplinary clinics • formal follow-up system with reminders by phone and letter • education via vide tape, pamphlets, internet etc.	Individuals with high blood pressure who cannot be controlled in primary care	Specialists, hospitals, provincial governments
System Support			
Continuing education of health care providers and development of c'inical practice guidelines and resources	• continue to update clinical practice guidelines • local professional groups can meet to discuss how to implement guidelines in their community	Health care providers	Health professional assoc. Local health care provider group
Surveillance, research and program evaluation	• on-going surveys of prevalence of treated and controlled high blood pressure • research on effectiveness of interventions	Managers, voluntary/ professional assoc, government, researchers	Local public health, provincial and federal gov.
Network /coalitions	• local network of all providers meet to ensure continuity between primary care site, pharmacy, specialist, lifestyle support organizations	Those involved providing service	Heath care providers, gov., voluntary org., pharm industry

Stratégie nationale de prévention et de traitement de l'hypertension

Rapport sommaire du Groupe d'experts

Santé Canada

et

La Coalition canadienne pour la prévention et le traitement de l'hypertension

Le 31 janvier 2006

REMERCIEMENTS

Malgré la création par Santé Canada, en 1984, de la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle (la Coalition), à laquelle se sont joints tous les intervenants concernés par le problème de l'hypertension (ou hypertension artérielle), les progrès réalisés en vue de maîtriser ce « tueur silencieux » sont très modestes. L'analyse de la situation qui a été effectuée en 1996 justifiait une évaluation critique.

Ces activités ont mené à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention et de traitement de l'hypertension, que la Coalition a adoptée d'emblée. À l'automne 1996, on a créé un groupe d'experts et ses membres ont relevé le défi consistant à définir cette stratégie. Chacun des membres du groupe d'experts a travaillé ferme à l'élaboration de cette stratégie. En s'appuyant sur des preuves scientifiques, chacun d'eux a apporté une contribution substantielle au contenu de la stratégie et participé à de nombreuses révisions.

Nous remercions le docteur Paula Stewart d'avoir fait la synthèse de l'information émanant des délibérations du groupe d'experts, aux fins de la préparation du document stratégique final. Nous lui savons gré de la patience dont elle a fait preuve et de son interaction continue avec les membres du groupe de travail, dans le but de saisir les idées et les nuances qui assureront la mise en pratique de la stratégie. Nous sommes également reconnaissants à Madame Jackie Kierulf du soutien qu'elle a fourni en matière de recherches de base.

L'élaboration de cette stratégie est le fruit d'un partenariat entre Santé Canada (par l'intermédiaire de la Division de la santé des adultes, Direction générale de la promotion et des programmes de santé, et du Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé) et la Coalition. Le soutien financier provenant du Fonds pour la santé de la population de la Direction générale de la promotion et des programmes de santé, a grandement contribué à l'élaboration de cette stratégie dans les délais prévus.

Les trente-quatre organismes membres de la Coalition ont examiné la stratégie. À l'heure actuelle, celle-ci fait l'objet d'un examen par le Conseil des médecins hygiénistes en chef (CMHC).

Bien que la stratégie soit maintenant prête, son plein potentiel ne sera réalisé que si nous pouvons mettre en oeuvre les étapes énoncées. Le travail ne fait que commencer et il nécessite la contribution de chaque personne concernée.

Dans l'ensemble, bien qu'elle fût une mission exigeante, la préparation de la stratégie s'est révélée une expérience très satisfaisante et agréable. J'ai apprécié l'occasion qui m'a été donnée de présider le groupe de travail. Je remercie chacun des membres du groupe de travail ainsi que le docteur Paula Stewart et Madame Jackie Kierulf pour leur contribution à l'élaboration de cette stratégie.

Arun Chockalingam, M. Sc., Ph.D., FACC
Division de la santé des adultes, DGPPS, Santé Canada
Président, Groupe de travail

GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION

D[r] Arun CHOCKALINGAM, Santé Canada, DGPPS, Division de la santé des adultes (président)

D[r] Norman CAMPBELL, ancien président, Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle

D[r] Maureen CAREW, Santé Canada, Bureau des maladies cardio-respiratoires et du diabète

D[r] Véronique DÉRY, Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre

D[r] Rémi GUIBERT, Université McGill

D[r] David MACLEAN, Dalhousie University

D[r] Andres PETRASOVITS, Santé Canada, DGPPS, Division de la santé des adultes

D[r] Robert PETRELLA, secrétaire, Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle

M[me] Vivian RAMSDEN, Saskatchewan Stroke Research Centre

D[r] Terrence RUDDY, président, Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle

D[r] Gregory TAYLOR, Santé Canada, LLCM

D[r] Elinor WILSON, Fondation des maladies du coeur du Canada

Entrepreneure engagée pour le projet

D[r] Paula Stewart, conseillère en santé communautaire

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle est l'un des problèmes de santé les plus courants et les plus importants auxquels les Canadiens font face. C'est l'un des principaux facteurs de risque de cardiopathie, d'accident cérébrovasculaire et d'insuffisance rénale. Les cardiopathies et les accidents cérébrovasculaires comptent pour 37 % de tous les décès[1].

Les taux de mortalité attribuables aux cardiopathies et aux accidents cérébrovasculaires ont diminué au cours des dernières années[2], ce qui est probablement attribuable à une combinaison de facteurs, notamment une réduction du tabagisme et de la consommation de sel, et à l'amélioration des traitements. Le vieillissement de la population entraînera une augmentation du nombre de décès attribuables à ces deux maladies, à moins qu'on n'adopte immédiatement d'autres mesures de prévention.

La prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle auraient des incidences importantes sur la santé, la qualité de vie, l'invalidité et le décès parmi les Canadiens. Ils permettraient également de réduire les dépenses en soins de santé qui y sont attribuables.

Le présent rapport dresse les grandes lignes d'une stratégie de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle. Il est destiné aux décideurs aux niveaux local, provincial/territorial et national, tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs. La stratégie est fondée sur les recherches et l'expertise actuelles. Nous proposons une approche exhaustive et polyvalente parce qu'il n'existe pas d'intervention unique qui puisse permettre de réaliser l'objectif consistant à améliorer la santé des Canadiens, par le biais de la prévention et du contrôle de l'hypertension artérielle.

---

[1] Fondation des maladies du coeur du Canada, Les maladies du coeur et les accidents cardiovasculaires au Canada. Ottawa (Canada), 1997.

Ce rapport est axé sur la population en général. Il ne porte pas sur les besoins particuliers des enfants, des femmes enceintes ou des Autochtones. Chacun de ces groupes doit faire l'objet d'une étude distincte, avec la participation des Autochtones eux-mêmes, dans le dernier cas.

SOMMAIRE DE LA DOCUMENTATION

Généralités

Les niveaux de tension artérielle sont répartis normalement parmi la population, sans distinction véritable entre les personnes normotendues et les personnes hypertendues.[3] De façon générale, plus la tension artérielle est élevée, plus important est le risque de problèmes de santé. Il est difficile de définir une valeur absolue au-delà de laquelle le risque s'accroît, parce que le risque est constant. La présence d'autres facteurs de risque de cardiopathie, comme le tabagisme, est associée au risque de maladie à des niveaux de tension artérielle inférieurs à ceux que l'on observe en l'absence de ces facteurs.[4]

La répartition normale générale des niveaux de tension artérielle au sein de la population a des répercussions importantes sur la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle au sein de la population. En premier lieu, il importe de réduire la tension artérielle chez la population dans son ensemble, en plus des personnes dont les niveaux de tension sont les plus élevés. Bien que le risque soit plus important chez ce dernier groupe, on compte beaucoup plus de personnes parmi les catégories à risque moins élevé. Par conséquent, la plupart des maladies associées à l'hypertension artérielle surviennent chez les personnes dont la tension artérielle est à la limite ou légèrement élevée.[5] En second lieu, peu importe les points limites utilisés à des fins de diagnostic, certaines personnes qui se situent en deçà de ce niveau présentent un risque accru de cardiopathie. Si on cible l'ensemble de la

---

[2] ibid
[3] Organisation mondiale de la santé. Contrôle de l'hypertension – Rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Série de rapports techniques de l'OMS, n° 862. Genève, 1996, p. 2.
[4] Ibid p. 3.

population dans le but de réduire les facteurs de risque liés à l'hypertension artérielle, ces personnes ne seront pas laissées pour compte.

Selon les enquêtes sur la santé cardiovasculaire qui ont été menées entre 1985 et 1990[6], on estime que 22 % des adultes canadiens, soit 26 % des hommes et 18 % des femmes, sont hypertendus. On a diagnostiqué une hypertension artérielle chez seulement 13 % de la population. De ce nombre, 28 % des personnes ont été traitées et ont fait l'objet d'un suivi, tandis que 40 % ont été traitées mais n'ont pas fait l'objet d'un suivi et que 33 % n'ont été ni traitées, ni suivies.

Des études plus récentes semblent indiquer qu'il est possible que cette situation n'ait pas changé depuis 1990. Les enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) menées par Statistique Canada en 1994 et 1996 ont révélé que 9 % et 10 % des membres de la population âgés de 12 ans et plus ont affirmé avoir fait l'objet d'un diagnostic d'hypertension artérielle (tranche d'âge de 18 à 74 ans), ce qui est comparable au pourcentage de 13 % mentionné dans le cadre des études menées de 1985 à 1990. Le pourcentage de la population chez laquelle on diagnostique une hypertension artérielle s'accroît avec l'âge (Table 1)

Table 1 – Pourcentage de femmes et d'hommes ayant fait état d'un diagnostic d'hypertension artérielle par un médecin, par âge et par sexe, Enquête nationale sur la santé de la population (1994 à 1996).

Groupe d'âge	1994	1996
Dans l'ensemble	9 %	10 %
25 à 44 ans	3 % d'hommes, 3 % de femmes	3 % d'hommes, 3 % de femmes
45 à 64 ans	13 % d'hommes, 16 % de femmes	15 % d'hommes, 18 % de femmes
65 ans et plus	23 % d'hommes, 33 % de femmes	28 % d'hommes, 36 % de femmes

[5] Cook N, Cohen J, Hebert P, Taylor J, Henekens C. Implications of small reductions in diastolic pressure for primary prevention. Arch Intern Med 1995;155-701-9

[6] Joffres MR et coll. Amer J Hypertension 1997:1097-1102.

Prévention de l'hypertension artérielle

Étant donné qu'un faible pourcentage de cas d'hypertension artérielle (1 à 5 %) sont associés à une affection sous-jacente[7], les perspectives en matière de prévention de l'apparition de l'hypertension artérielle sont très encourageantes. Les recherches ont fait ressortir plusieurs facteurs qui sont liés à un risque d'hypertension artérielle accru[8,9]. L'effet du tabagisme n'est pas spécifiquement lié à l'hypertension artérielle mais la combinaison de cette maladie et du tabagisme présente, pour les personnes concernées, un risque élevé de cardiopathie et d'accident cardiovasculaire.

État de santé/facteurs modifiables

- Obésité (IMC > 25)
- Obésité facio-tronculaire (circonférence taille/hanches)
- Absence d'activités physiques régulières
- Abus de l'alcool (≥ 14 verres par semaine pour les hommes, et ≥9 verres par semaine pour les femmes)
- Consommation excessive de sel
- Apport alimentaire quotidien insuffisant de calcium et de potassium
- Consommation insuffisante d'aliments à haute teneur en fibres, de fruits et de légumes ainsi que d'aliments pauvres en graisse saturée
- Stress et gestion du stress
- Niveau socio-économique peu élevé
- Poids peu élevé à la naissance

Facteurs non modifiables

- Antécédents familiaux
- Âge
- Origine ethnique – Noirs, Asiatiques de l'Asie Sud-Est

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996, près de la moitié de la population adulte (48 %) présente un excès de poids (IMC ≥ 25) ou est obèse (IMCI ≥ 27). Cinquante-sept pour cent de la population est inactive. Cinq pour cent de la population consomme de l'alcool selon un niveau qui accroît le risque d'hypertension artérielle.

---

[7] Organisation mondiale de la santé. Contrôle de l'hypertension – Rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Série de rapports techniques de l'OMS, n° 862. Genève, 1996, p. 22.

[8] Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle. Thérapie non pharmaceutique pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle. Aperçu des recommandations canadiennes. Fondation des maladies du coeur du Canada, 1997.

[9] Organisation mondiale de la santé. Contrôle de l'hypertension – Rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Série de rapports techniques de l'OMS, n° 862. Genève, 1996, pages 13 à 20.

Les programmes actuels constituent une base solide en matière de prévention mais il faut accroître les activités pour avoir une influence importante sur la prévention de l'hypertension artérielle.

- Les programmes communautaires portant sur la santé cardiovasculaire doivent être étendus aux milieux de travail, aux écoles et aux organismes communautaires. Ces programmes devraient être offerts conjointement avec les organismes de santé publique, les centres de santé locaux, les organismes bénévoles, les écoles, les milieux de travail, l'industrie alimentaire, les membres de la collectivité et d'autres intervenants. Il importe établir un lien particulier entre la promotion d'habitudes de vie saines et la prévention de l'apparition de l'hypertension.

- Tous les fournisseurs de soins de santé doivent informer la population sur les habitudes de vie saines, dans le cadre des soins primaires réguliers. Il est nécessaire de fournir des lignes directrices en matière de pratiques cliniques et de ressources pédagogiques afin de faciliter ces pratiques. L'enseignement destiné aux professionnels de la santé doit inclure des connaissances, des attitudes et des compétences en matière de prévention. Les nouveaux modèles de soins primaires doivent examiner la façon d'accentuer le rôle d'une gamme d'activités de prévention dans le cadre des soins primaires.

- Des ressources supplémentaires devraient être attribuées aux programmes de prévention, au niveau communautaire. A l'heure actuelle, moins de 2 % du budget de soins de santé est consacré aux activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé, ce qui limite l'impact des programmes de prévention.

- Les secteurs autres que celui de la santé (par exemple, loisirs, industrie, transports) doivent participer activement à l'adoption de lois et de politiques, et à l'aménagement de milieux qui favorisent l'activité physique, à la promotion

d'une alimentation saine, à la prévention de l'abus de l'alcool et de la consommation excessive de sel ainsi qu'à la réduction du stress.

- Davantage de recherches seront nécessaires pour l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes efficaces. L'évaluation des programmes devrait faire partie intégrante de tous les programmes de promotion de la santé et de prévention, ce qui exigera l'affectation de fonds à cette activité ainsi que l'établissement de liens entre les évaluateurs et les planificateurs et les gestionnaires des programmes. Les chercheurs universitaires doivent travailler de concert avec les prestataires de services afin d'accroître la base de connaissances sur la nécessité et à l'efficacité des programmes.

Dépistage précoce de l'hypertension artérielle

Une réduction efficace des niveaux d'hypertension artérielle entraîne une diminution du risque de cardiopathie et d'accident cardiovasculaire[10]. Au Canada, on observe un problème important en matière d'hypertension artérielle non dépistée, lequel contribue probablement à la morbidité et à la mortalité attribuables aux cardiopathies et aux accidents cardiovasculaires. Selon les enquêtes sur la santé cardiovasculaire qui ont été menées de 1985 à 1990, environ 9 % des adultes âgés de 18 à 74 ans ne savaient pas qu'ils souffraient d'hypertension[11]. Chez les personnes souffrant d'hypertension artérielle non dépistée, 12 % étaient âgées de 18 à 34 ans, 61 % étaient âgées de 35 à 64 ans et 27 % étaient âgées de 65 à 74 ans. Les hommes avaient des taux de tension artérielle non dépistée plus élevés que ceux des femmes, pour tous les groupes d'âge.

Selon les lignes directrices cliniques, il est recommandé que tous les adultes se soumettent à un test de dépistage de l'hypertension artérielle tous les deux ans, ou

---

[10] Hennekens, CH. Lessons learned from Hypertension Trials. Amer J Med. 1998;104:50S-53S.
[11] Joffres MR et coll. Amer J Hypertension 1997:1097-1102.

plus souvent si on obtient un seul relevé à la limite[12], ce qui permettra de faire en sorte que l'hypertension artérielle soit dépistée tôt. Selon les résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996, bon nombre d'adultes (84 %) ont fait évaluer leur tension artérielle au cours des deux dernières années. Les jeunes hommes (âgés de 25 à 44 ans) avaient le taux le plus faible (78 %) et les hommes et les femmes âgés de plus de 65 ans avaient le taux le plus élevé (plus de 90 %).

Même si les gens font évaluer leur tension artérielle, cela ne signifie pas nécessairement que ceux qui souffrent d'hypertension artérielle subiront un diagnostic et un traitement. Les personnes qui souffrent d'hypertension au moment des tests de dépistage doivent être suivies par un médecin, qui doit prendre des mensurations répétées, au moyen de matériel calibré, pour poser un diagnostic. Le taux élevé de cas d'hypertension artérielle non dépistés, en dépit du fait que bon nombre de personnes se soumettent à un test de dépistage, est peut-être attribuable au fait que le médecin ne reconnaît pas la nécessité d'autres évaluations. Dans d'autres cas, cette situation est peut-être attribuable au fait que les personnes font évaluer leur tension artérielle ailleurs que dans un cabinet de médecin et ne prennent pas de mesures aux fins d'un suivi.

Les stratégies suivantes amélioreraient probablement le dépistage précoce des personnes souffrant d'hypertension artérielle au sein de la collectivité :

- campagne de sensibilisation à l'intention de la population en général qui souligne la nécessité et les avantages d'évaluations régulières de la tension artérielle;

- campagne d'information à l'intention des fournisseurs de soins primaires qui souligne la nécessité de lignes directrices sur le dépistage et de tests

[12] Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique. Guide canadien en matière de soins de santé cliniques préventifs. Groupe Communication Canada – Édition, Ottawa (Canada), 1994.

de dépistage dans le cadre des visites médicales concernant d'autres problèmes de santé, en plus des bilans de santé périodiques;

- amélioration de l'accessibilité aux services d'évaluation de la tension artérielle offerts par un médecin, aux fins de suivi.

Contrôle de l'hypertension artérielle

Le contrôle de l'hypertension artérielle dépend de la participation de la personne et de la famille à un plan de gestion qui comporte en premier lieu des changements du mode de vie (poids optimal, activité physique, régime alimentaire sain et absence d'abus de l'alcool) puis la prescription de médicaments, au besoin[13]. L'information, une surveillance et un suivi étroits, le recours à l'auto-évaluation de la tension artérielle et la surveillance de la prise de médicaments sont autant d'éléments qui améliorent les probabilités qu'une personne apportera les changements nécessaires à son mode de vie et qu'elle prendra les médicaments prescrits.[14] Les programmes axés sur le milieu de travail qui combinent l'information et le suivi, et qui sont assortis de primes d'encouragement peuvent aider à améliorer le contrôle.

Moins du tiers des adultes (25 % des hommes et 31 % des femmes âgés de 18 à 74 ans) chez lesquels on a diagnostiqué une hypertension artérielle sont traités et suivis[15]. Au Canada, on a relevé les problèmes suivants :

- Selon les résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population qui a été menée en 1996, bien des gens, en particulier les jeunes hommes (46 %), ne sont pas traités une fois qu'on a diagnostiqué une hypertension artérielle;

---

[13] Hennekens, CH. Lessons learned from Hypertension Trials. Amer J Med. 1998;104:50S-53S
[14] Feldman R et coll. Adherence to pharmacological management of hypertension. A Literature Review. Department of Medicine, University of Western Ontario, 1998.
[15] Joffres MR et coll. Amer J Hypertension 1997:1097-1102.

- Bon nombre de personnes souffrant d'hypertension artérielle sont traitées au moyen de médicaments seulement, plutôt qu'au moyen de médicaments combinés à des modifications du mode de vie;[16]

- Un nombre élevé de personnes cessent de prendre leurs médicaments au cours des six à douze premiers mois[17]. Pour certaines personnes, le coût des médicaments est un obstacle à la prise de médicaments visant à réduire la tension artérielle;

- En raison des mécanismes de financement, le contexte des soins primaires est restreint quant à sa capacité de fournir des services interdisciplinaires centrés sur la participation de la personne et de la famille au programme de contrôle de la tension artérielle, axés sur l'information et sur l'autosurveillance de la prise de médicaments et de la tension artérielle. Des liens plus étroits doivent être établis avec les autres fournisseurs de soins, comme les pharmaciens et les infirmiers et infirmières spécialisés en hygiène du travail;

- La possibilité que les médecins ne prescrivent pas de médicaments de manière à obtenir les incidences maximales sur la tension artérielle suscitent des préoccupations. Les lignes directrices relatives aux pratiques cliniques en matière de diagnostics, à la gestion du mode de vie et au traitement pharmaceutique de l'hypertension artérielle sont élaborées là partir d'une étude formelle des résultats de la recherche mais elles ne sont pas diffusées largement;

- Les milieux professionnels et communautaires pourraient encourager davantage les personnes à adopter des habitudes de vie saines, par exemple en pratiquant la marche ou le vélo et en suivant des programmes d'amaigrissement accessibles et abordables. Les politiques et les lois

[16] Statistique Canada. Enquête nationale sur la santé de la population (1996).

gouvernementales pourraient également favoriser des modes de vie sains, par exemple en obligeant les entreprises à réduire la teneur en sel des aliments préparés;

- Il faut faire davantage de recherches sur les médicaments efficaces et sur les programmes qui mettent l'accent sur la nécessité d'adopter des habitudes de vie saines et d'observer les recommandations relatives aux médicaments.

Soutien du réseau

Il existe de nombreux organismes, fournisseurs de soins de santé et groupes communautaires, tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs, qui peuvent participer à la prévention et au contrôle de l'hypertension artérielle. Il importe de déterminer quel genre de soutien est nécessaire pour permettre à ces groupes et à ces personnes de travailler le plus efficacement possible dans le cadre d'un réseau global ayant pour mandat de régler ce problème de santé important.

Un système efficace peut reposer sur

- **une planification et une évaluation collectives** aux niveaux national, provincial/territorial et local, afin que le réseau fonctionne réellement de la façon la plus efficace possible;

- **le contrôle** de l'incidence et de la prévalence de l'hypertension artérielle, de la fréquence des facteurs de risque au sein de la population, du recours à des traitements préventifs et thérapeutiques, et de la surveillance de la santé à des fins de suivi. Cette information doit être communiquée aux décideurs et aux gestionnaires de programmes afin d'en favoriser l'utilisation dans le cadre de la planification des politiques et des programmes;

---

[17] Feldman R et al. Adherence to pharmacological management of hypertension. A Literature Review. Department of Medicine, University of Western Ontario, 1998.

- **la recherche et évaluation** et la communication des résultats de celles-ci aux gestionnaires et aux cliniciens, en vue de contribuer à la prise de décisions fondées sur l'expérience clinique;

- **l'information** fournie de façon continue **aux prestataires de services** sur la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle, y compris l'adoption de lignes directrices sur les pratiques cliniques fondées sur les résultats, et sur la façon de communiquer efficacement de l'information sur la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle.

STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION

Buts en matière de santé

L'établissement de buts en matière de santé est un élément critique d'une stratégie de prévention et de traitement de l'hypertension. Les buts donnent un aperçu clair des changements nécessaires dans la population pour améliorer la santé. Les valeurs de base pour les objectifs correspondant à chaque but sont fondées sur les résultats des enquêtes effectuées en rapport avec la santé cardiovasculaire au début des années 1990[18].

Buts en matière de santé	***Objectifs***
Réduire la prévalence de l'hypertension non contrôlée au Canada.	• De 10 % d'ici l'an 2005 (l'estimation actuelle est de 19 %).
Sous-buts	
a) Réduire l'incidence de l'hypertension parmi les Canadiens.	• De 10 % d'ici l'an 2005 (l'estimation actuelle est de 22 % de la population âgée de 18 à 74 ans).
b) Réduire la proportion des Canadiens qui ignorent souffrir d'hypertension.	• De 10 % d'ici l'an 2005 (l'estimation actuelle est de 9,2 % de la population et de 42 % des gens souffrant d'hypertension).
c) Réduire la prévalence de l'hypertension non contrôlée parmi les personnes dont l'hypertension a été diagnostiquée.	• De 10 % d'ici l'an 2005 (l'estimation actuelle est de 9,3 % de la population et de 43 % des personnes dont l'hypertension a été diagnostiquée).

[18] Jofres

Résultats des programmes

Les buts en matière de prévention et de contrôle de l'hypertension seront atteints au moyen de programmes, de politiques et de services visant à produire les changements suivants dans la population.

Résultats à long terme des programmes	*Groupes visés*
1. Amener tous les Canadiens à adopter un mode de vie plus sain – poids-santé, alimentation saine, activité physique régulière, consommation modérée d'alcool et gestion du stress – en vue de prévenir l'apparition de l'hypertension.	• L'ensemble de la population • Santé publique • Fournisseurs de services de santé • Organismes communautaires • Gouvernements • Secteur bénévole • Lieux de travail, établissements d'enseignement • Autres secteurs
2. Augmenter le nombre des Canadiens qui font régulièrement mesurer et interpréter correctement leur pression artérielle, ce qui permettra plus souvent de dépister tôt l'hypertension.	• Tous les adultes • Fournisseurs de soins primaires
3. Augmentation du nombre des personnes faisant l'objet, en rapport avec l'hypertension, d'investigations, de diagnostics, de traitements avec modification du mode de vie, d'une médication et d'un suivi conformément aux lignes directrices pour la pratique clinique fondée sur les données cliniques en vue d'intensifier le contrôle de l'hypertension et de faire en sorte que les états pathologiques sous-jacents soient traités de façon appropriée.	• Fournisseurs de soins primaires • Fournisseurs de soins spécialisés • Pharmaciens • Organisations de spécialistes de la santé • Universités • Gestionnaires de services de santé
4. Augmentation du nombre des hypertendus adoptant des comportements sains et prenant de façon appropriée les médicaments qui leur auront été prescrits.	• Personnes dont l'hypertension a été diagnostiquée • Parents des personnes dont l'hypertension a été diagnostiquée • Fournisseurs de services de santé • Fournisseurs de services sociaux • Organisations indiquées au n° 1 et faisant la promotion d'un mode de vie sain

Ces résultats à long terme des programmes seront obtenus grâce à des changements dans les résultats à court terme suivants des programmes.

Résultats à court terme des programmes	*Groupes visés*
1. Public connaissant mieux les comportements sains, plus porté à les adopter et au courant de la nécessité de faire mesurer régulièrement la pression artérielle.	• Ensemble de la population
2. Hypertendus davantage au courant des comportements sains (compétences, attitudes), plus portés à les adopter et au courant de la nécessité du contrôle de la tension artérielle.	• Hypertendus et leurs parents
3. Fournisseurs de services de santé connaissant mieux les comportements sains (compétences, attitudes) et davantage conscients de la nécessité du dépistage et du traitement de l'hypertension.	• Fournisseurs de services de santé
4. Milieux, dans les collectivités, les lieux de travail et les établissements d'enseignement, favorisant davantage l'adoption et la conservation des comportements sains.	• Santé publique • Fournisseurs de services de santé • Organismes communautaires • Gouvernements • Secteur bénévole • Lieux de travail, établissements d'enseignement • Autres secteurs
5. Milieux spécialisés dans les soins de santé et apportant un soutien aux fournisseurs de soins de santé et aux hypertendus pour favoriser davantage le contrôle de l'hypertension.	• Planificateurs des services de santé • Gestionnaires de services de santé • Fournisseurs de services de santé • Gouvernements • Universités • Organisations de spécialistes de la santé
6. Diminution de la quantité de sel utilisée dans les restaurants et de celle du sel ajouté aux aliments apprêtés industriellement.	• Industrie alimentaire • Restaurants, cafétérias et casse-croûte
7. Élargissement des connaissances découlant de recherches sur l'efficacité des interventions concernant la prévention et le contrôle de l'hypertension.	• Chercheurs des universités, organisations offrant des services de santé, organismes bénévoles et gouvernements
8. Élargissement des connaissances découlant de recherches sur la prévalence des facteurs de risque, l'hypertension et le contrôle de celle-ci dans la population.	• Chercheurs des universités, services de santé publique, organisations offrant des services de santé, organismes bénévoles et gouvernements
9. Plus grande collaboration au sein des organisations et des collectivités dans la fourniture d'interventions pour la prévention et le traitement de l'hypertension.	• Consommateurs • Santé publique • Fournisseurs de services de santé • Planificateurs de services de santé • Gestionnaires de services de santé • Universitaires et chercheurs • Organismes communautaires • Gouvernements • Secteur bénévole • Lieux de travail, établissements d'enseignement • Autres secteurs – restaurants, loisirs, industrie alimentaire, etc.

Stratégies relatives aux programmes

Les résultats à court et long termes des programmes seront obtenus au moyen de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies faisant appel au secteur de la santé et à d'autres secteurs. Ces stratégies s'attaqueront aux facteurs influant sur les comportements et le milieu liés à la prévention et au traitement de l'hypertension.

Promotion de la santé dans la collectivité

- Promouvoir une ***politique gouvernementale saine*** dans le secteur de la santé et les autres secteurs pour favoriser l'adoption d'habitudes de vie saines.

- Encourager la mise en œuvre d'***initiatives communautaires*** pour l'adoption d'habitudes de vie saines et la mensuration régulière de la tension artérielle.

- Établir dans les établissements d'enseignement, les lieux de travail et la collectivité des ***conditions favorisant*** l'adoption d'habitudes de vie saines et la mensuration régulière de la tension artérielle.

- ***Fournir de l'information*** sur l'adoption d'habitudes de vie saines, la mensuration régulière de la tension artérielle et la prise, de façon appropriée, des médicaments prescrits et ***sensibiliser la population*** à cet égard.

- Faire participer ***les autres secteurs*** à l'établissement de politiques, de programmes et de services favorisant l'adoption d'habitudes de vie saines ainsi que le dépistage et le contrôle de l'hypertension.

Services de santé

- ***Sensibiliser les gens*** de tout âge au sujet de ***l'adoption d'habitudes de vie saines*** ainsi qu'à l'égard de ***la prévention et du dépistage de l'hypertension***; pour ce faire, utiliser diverses méthodes dans le cadre des premiers soins.

- ***Faire passer des tests de dépistage à tous les adultes âgés de plus de 20 ans pour dépister l'hypertension***; ces tests devront avoir lieu au moins tous les deux ans, ou plus souvent si cela s'avère indiqué, dans le cadre des premiers soins ou dans les lieux de travail ou la collectivité si cela fait partie d'un programme organisé de suivi.

- ***Mesurer plusieurs fois*** au cours d'une période de trois à six mois la tension artérielle des personnes dont la tension se sera avérée élevée au moment des tests de dépistage, en vue de diagnostiquer l'hypertension.

- ***Chercher les états pathologiques*** causant l'hypertension en suivant les lignes directrices pour la pratique clinique.

- ***Donner des séances intensives de sensibilisation au mode de vie aux hypertendus***; il s'agit là d'un élément essentiel du contrôle de l'hypertension.

- Recommander ***l'ajout de médicaments*** pour contrôler l'hypertension conformément aux lignes directrices pour la pratique clinique.

- Encourager les hypertendus et leurs parents à ***participer activement*** à leur plan de gestion; leur fournir en outre ***une surveillance et un suivi*** en vue de les amener à adopter un mode de vie sain et à prendre des médicaments de façon appropriée.

- Organiser la ***prestation des services de santé*** pour s'assurer qu'ils sont accessibles, efficaces et efficients; cela comprend le recours à des équipes multidisciplinaires pour la prestation des services, une équipe responsable des premiers soins (secouristes) et l'aide de spécialistes s'il y a lieu.

Soutien du réseau

- Réclamer des ressources suffisantes pour mettre en œuvre l'initiative de prévention et de contrôle de l'hypertension.

- Former des personnes qui pourront ***sensibiliser*** les particuliers, les parents et les fournisseurs de services de santé à l'égard des comportements sains ainsi que de la prévention et du traitement de l'hypertension.

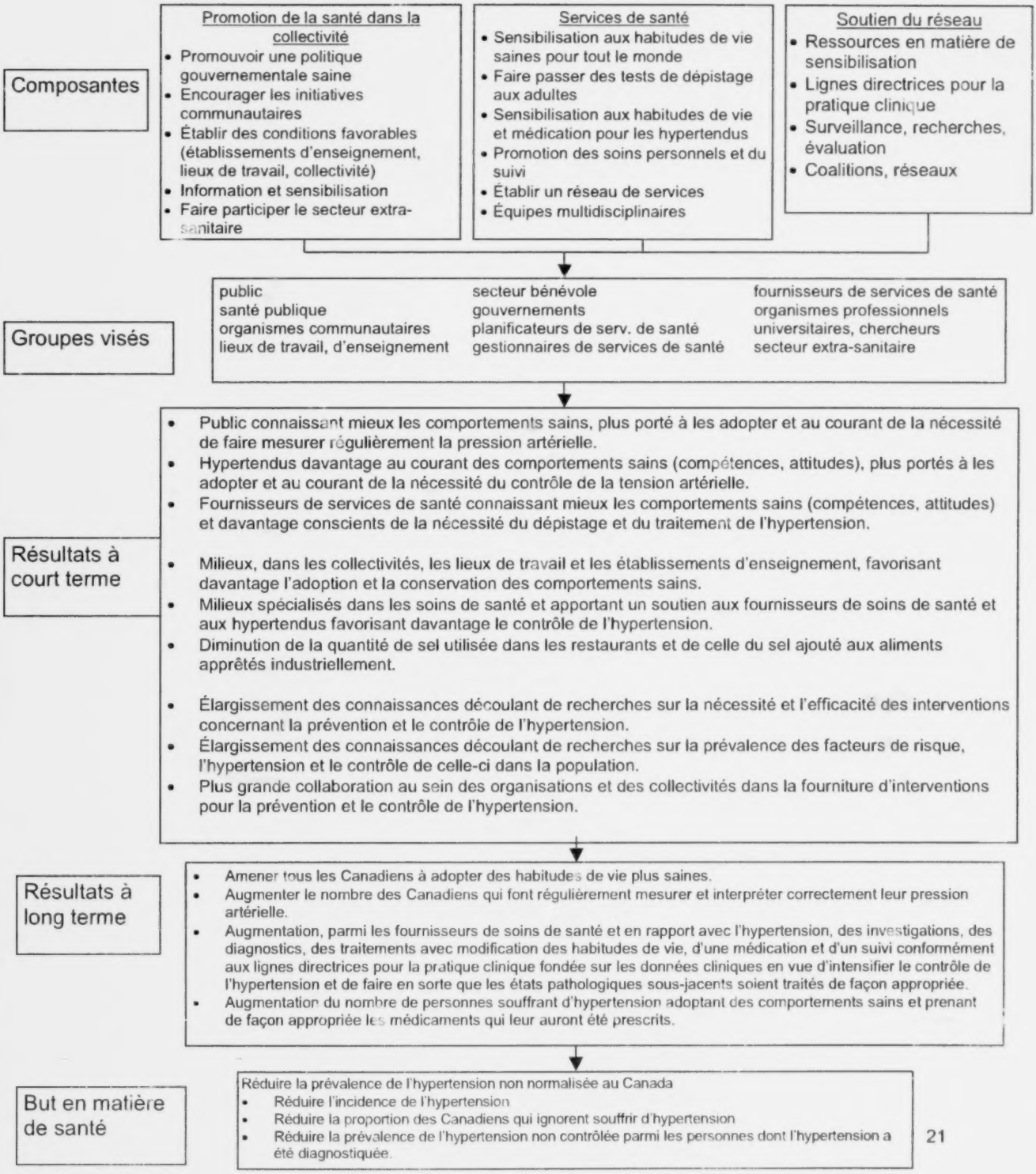
- Élaborer des ***lignes directrices pour la pratique clinique*** et les communiquer aux fournisseurs de soins de santé, dont les étudiants du premier cycle, les étudiants engagés dans des études supérieures et les praticiens.

- Procéder ***à la surveillance, à des recherches et à l'évaluation des programmes*** en vue d'obtenir les résultats nécessaires pour le programme de prévention et de contrôle de l'hypertension.

- Maintenir ou établir des ***coalitions ou des réseaux*** aux paliers local, régional, provincial, territorial et national pour favoriser une planification efficace, la collaboration et la communication ainsi que l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et les autres secteurs.

La figure 1 donne un aperçu du programme national proposé sur la prévention et le traitement de l'hypertension. L'annexe A comprend une description des activités possibles dans le cadre de chacune des stratégies pour les trois sous-buts : la prévention, le dépistage précoce et le traitement de l'hypertension.

Figure 1 - Programme canadien pour la prévention et le traitement de l'hypertension


Composantes
Promotion de la santé dans la collectivité
• Promouvoir une politique gouvernementale saine
• Encourager les initiatives communautaires
• Établir des conditions favorables (établissements d'enseignement, lieux de travail, collectivité)
• Information et sensibilisation
• Faire participer le secteur extra-sanitaire
Services de santé
• Sensibilisation aux habitudes de vie saines pour tout le monde
• Faire passer des tests de dépistage aux adultes
• Sensibilisation aux habitudes de vie et médication pour les hypertendus
• Promotion des soins personnels et du suivi
• Établir un réseau de services
• Équipes multidisciplinaires
Soutien du réseau
• Ressources en matière de sensibilisation
• Lignes directrices pour la pratique clinique
• Surveillance, recherches, évaluation
• Coalitions, réseaux
Groupes visés
public
santé publique
organismes communautaires
lieux de travail, d'enseignement
secteur bénévole
gouvernements
planificateurs de serv. de santé
gestionnaires de services de santé
fournisseurs de services de santé
organismes professionnels
universitaires, chercheurs
secteur extra-sanitaire
Résultats à court terme
• Public connaissant mieux les comportements sains, plus porté à les adopter et au courant de la nécessité de faire mesurer régulièrement la pression artérielle.
• Hypertendus davantage au courant des comportements sains (compétences, attitudes), plus portés à les adopter et au courant de la nécessité du contrôle de la tension artérielle.
• Fournisseurs de services de santé connaissant mieux les comportements sains (compétences, attitudes) et davantage conscients de la nécessité du dépistage et du traitement de l'hypertension.
• Milieux, dans les collectivités, les lieux de travail et les établissements d'enseignement, favorisant davantage l'adoption et la conservation des comportements sains.
• Milieux spécialisés dans les soins de santé et apportant un soutien aux fournisseurs de soins de santé et aux hypertendus favorisant davantage le contrôle de l'hypertension.
• Diminution de la quantité de sel utilisée dans les restaurants et de celle du sel ajouté aux aliments apprêtés industriellement.
• Élargissement des connaissances découlant de recherches sur la nécessité et l'efficacité des interventions concernant la prévention et le contrôle de l'hypertension.
• Élargissement des connaissances découlant de recherches sur la prévalence des facteurs de risque, l'hypertension et le contrôle de celle-ci dans la population.
• Plus grande collaboration au sein des organisations et des collectivités dans la fourniture d'interventions pour la prévention et le contrôle de l'hypertension.
Résultats à long terme
• Amener tous les Canadiens à adopter des habitudes de vie plus saines.
• Augmenter le nombre des Canadiens qui font régulièrement mesurer et interpréter correctement leur pression artérielle.
• Augmentation, parmi les fournisseurs de soins de santé et en rapport avec l'hypertension, des investigations, des diagnostics, des traitements avec modification des habitudes de vie, d'une médication et d'un suivi conformément aux lignes directrices pour la pratique clinique fondée sur les données cliniques en vue d'intensifier le contrôle de l'hypertension et de faire en sorte que les états pathologiques sous-jacents soient traités de façon appropriée.
• Augmentation du nombre de personnes souffrant d'hypertension adoptant des comportements sains et prenant de façon appropriée les médicaments qui leur auront été prescrits.
But en matière de santé
Réduire la prévalence de l'hypertension non normalisée au Canada
• Réduire l'incidence de l'hypertension
• Réduire la proportion des Canadiens qui ignorent souffrir d'hypertension
• Réduire la prévalence de l'hypertension non contrôlée parmi les personnes dont l'hypertension a été diagnostiquée.

Recommandations pour la mise en oeuvre

La Coalition canadienne pour la prévention et le traitement de l'hypertension recommande de prendre les mesures suivantes pour réduire les taux de morbidité et de mortalité liées à l'hypertension au Canada.

1. Faire de la prévention et du traitement de l'hypertension une priorité des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

2. Fournir des fonds pour aider une coalition nationale faisant appel aux spécialistes de la santé, aux gouvernements, au secteur privé, aux organismes bénévoles et à toutes les parties intéressées en vue de coordonner la stratégie canadienne de prévention et de traitement de l'hypertension.

3. Lancer une campagne de sensibilisation du public à l'égard des facteurs de risque et des avantages du traitement de l'hypertension.

4. Élaborer et appliquer des modèles multidisciplinaires de soins primaires favorisant des pratiques efficaces de prévention, dont des programmes de réduction des facteurs de risque, de tests de dépistage et de contrôle de la pression artérielle.

5. Sensibiliser constamment les fournisseurs de services de santé, par le truchement des associations professionnelles, aux lignes directrices pour la pratique clinique visant la prévention et le traitement de l'hypertension.

6. Négociation par la Direction générale de la protection de la santé avec l'industrie alimentaire en vue de la réduction de la quantité de sel dans les aliments apprêtés et de l'utilisation d'un succédané du sel ayant une plus faible concentration de sodium.

7. Promouvoir l'activité physique et une alimentation saine auprès de tous les groupes d'âge dans la population en vue de prévenir l'obésité.

8. Poursuivre les recherches sur les causes de l'hypertension et les traitements efficaces, ainsi que l'évaluation des programmes de prévention et de traitement.

9. Effectuer une surveillance continuelle de l'hypertension à l'aide des sources de données actuelles sur les problèmes de santé et procéder périodiquement à des enquêtes sur la population en se servant de la méthodologie élaborée au cours des enquêtes provinciales sur la santé cardiovasculaire.

Annexe A

Description des activités de prévention et de traitement de l'hypertension au Canada

Exemples d'activités de promotion d'un mode de vie sain visant la prévention de l'hypertension

Stratégie	Activités possibles	visant :	Responsables
Promotion de la santé dans la collectivité			
Politique gouvernementale saine	• Activité physique – pistes cyclables, sentiers de promenade. • Logements abordables adéquats. • Aide financière pour les familles. • Réduction du sodium ajouté aux aliments préparés industriellement et à ceux des restaurants.	Public	Administration locale Industrie alimentaire Restaurants, cafétérias
Encourager les initiatives communautaires	• Groupes communautaires pour promouvoir le cyclisme. • Groupes d'entraide pour la gestion du stress.	Public	Santé publique, organismes bénévoles, lieux de travail
Établir des conditions favorables	• Étiquetage des aliments bon pour la santé cardiovasculaire dans les supermarchés. • Disponibilité d'aliments sains dans les lieux de travail et les établissements d'enseignement.	Public	Industrie alimentaire Lieux de travail, établissements d'enseignement
Encourager l'acquisition de compétences personnelles (connaissances, attitudes, compétences)	• Campagnes de marketing social. • Programme de sensibilisation à la santé dans les établissements d'enseignement. • Ateliers communautaires. • Sensibilisation dans les lieux de travail.	Public	Santé publique, fournisseurs de soins de santé, infirmières spécialisées en hygiène du travail
Services de santé			
Sensibilisation à la prévention	• Discussion sur les habitudes de vie saines durant les rencontres avec un médecin ou une infirmière. • Aiguillage vers des programmes communautaires. • Fournir des programmes multidisciplinaires de soins de santé primaires pour des consultations personnelles.	Public	Fournisseurs de soins de santé (médecins, infirmières, nutritionnistes, etc.)
Soutien du réseau			
Sensibilisation constante des fournisseurs de soins de santé, élaboration de lignes directrices pour la pratique clinique et formation de ressources pour la sensibilisation	• Élaborer des lignes directrices pour la pratique clinique au sujet des consultations relatives au mode de vie. • Conférences, ateliers. • Fourniture de ressources devant être utilisées dans les bureaux. • Communication de renseignements par Internet. • Études de premier cycle et études supérieures.	Fournisseurs de soins de santé Universitaires Étudiants	Universités, organisations professionnelles
Surveillance, recherches et évaluation des programmes	• Surveiller la prévalence de l'hypertension dans la collectivité. • Évaluation des programmes. • Interventions efficaces en matière de recherches.	Fournisseurs de soins de santé, gestionnaires, gouvernement	Universités, chercheurs, fournisseurs de services
Établir un réseau	• Coalitions pour la santé cardiovasculaire.	Organisations	Santé publique, bénévoles, industrie alimentaire, lieux de travail, etc.

Activités visant à augmenter la fréquence du dépistage précoce de l'hypertension dans la population

Stratégie	Activités	visant :	Responsables
Promotion de la santé dans la collectivité			
Politique gouvernementale saine	• Les organisations adoptent une politique officielle au sujet des tests de dépistage de l'hypertension et ils la communiquent à leurs membres et au public. • Le gouvernement adopte une politique à l'égard d'un but concernant la santé.	Fournisseurs de soins de santé Public	Organisations de spécialistes de la santé Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux
Encourager les initiatives communautaires	• Les organisations de personnes âgées encouragent leurs membres à passer des tests de dépistage en rapport avec l'hypertension. • Les organisations de quartier encouragent à passer des tests de dépistage.	Public	Groupes communautaires
Établir des conditions favorables	• Tests de dépistage de l'hypertension dans les lieux de travail avec aiguillage vers les fournisseurs de soins primaires pour un suivi.	Public	Lieux de travail
Encourager l'acquisition de compétences personnelles (connaissances, attitudes, compétences)	• Campagne de marketing social au sujet de la connaissance de la pression artérielle et de la nécessité des tests de dépistage.	Public	Organismes bénévoles, organisations professionnelles, santé publique, gouvernement
Services de santé			
Sensibilisation à la prévention	• Sensibilisation, à l'aide d'affiches, de brochures, de consultations, etc., à l'importance de l'hypertension et à la nécessité des tests de dépistage.	Public	Fournisseurs de soins primaires, spécialistes, hôpitaux
Tests de dépistage par les fournisseurs de soins primaires	• Établir un système de suivi pour les praticiens. • Nommer une personne responsable des tests de dépistage dans le bureau. • Effectuer des tests de dépistage dans le cadre des méthodes de bureau normales pour toutes les visites. • Établir une méthode pour signaler les résultats élevés des tests ainsi qu'une méthode officielle pour la sensibilisation et le suivi.	Praticiens	Fournisseurs de soins primaires
Soutien du réseau			
Sensibilisation constante des fournisseurs de soins de santé, élaboration de lignes directrices pour la pratique clinique et formation de ressources	• Diffuser les lignes directrices déjà établies. • Élaborer et diffuser des lignes directrices pour la pratique clinique en vue de la mise en œuvre d'un programme de tests de dépistage.	Fournisseurs de soins de santé	Organisations de spécialistes de la santé Coalitions
Surveillance, recherches et évaluation des programmes	• Évaluer l'efficacité des programmes de sensibilisation et de dépistage. • Contrôler les niveaux de sensibilisation dans la population et les tests de dépistage.	Fournisseurs de soins de santé, gestionnaires, gouvernement	Chercheurs
Réseaux et coalitions	• Ajouter le dépistage précoce de l'hypertension au travail des coalitions communautaires axées sur la santé cardiovasculaire.	Tous ceux participant au programme	Coalitions axées sur la santé cardiovasculaire, Coalition nationale pour la prévention et le traitement de l'hypertension

Activités visant à promouvoir un bon diagnostic, un traitement optimal et un suivi pour les hypertendus

Stratégie	Activités	visant :	Responsables
Promotion de la santé dans la collectivité			
Politique gouvernementale saine	• Réclamer l'adoption d'une loi pour réduire la teneur en sel des aliments apprêtés. • Réclamer une politique gouvernementale visant un financement suffisant des médicaments pour les personnes nécessitant une aide financière.	Gouvernement fédéral Gouvernements provinciaux	Associations de spécialistes de la santé, groupes communautaires, santé publique, coalitions concernant la santé cardiovasculaire
Encourager les initiatives communautaires	• Programmes d'entraide pour le contrôle du poids	Hypertendus obèses	Fournisseurs de soins de santé
Établir des conditions favorables	• Établir des pistes cyclables et des sentiers de promenade	Hypertendus	Administration locale
Encourager l'acquisition de compétences personnelles (connaissances, attitudes, compétences)	• Programmes de sensibilisation de groupes à l'hypertension. • Programmes de sensibilisation dans les lieux de travail. • Sensibilisation dans les pharmacies au moment de l'exécution des ordonnances.	Hypertendus	Fournisseurs locaux de soins de santé Infirmières spécialisées en hygiène du travail Pharmaciens
Services de santé			
Soins primaires	• Équipe multidisciplinaire comptant des nutritionnistes, des psychologues, des infirmières. • Méthode officielle de suivi avec des rappels par téléphone et lettres. • Sensibilisation par des vidéos, des brochures, Internet, etc.	Hypertendus	Fournisseurs de soins primaires Gouvernements provinciaux
Soins spécialisés	• Cliniques multidisciplinaires. • Méthode officielle de suivi avec des rappels par téléphone et lettres. • Sensibilisation par des vidéos, des brochures, Internet, etc.	Hypertendus ne pouvant être contrôlés dans le cadre des soins primaires	Spécialistes, hôpitaux, gouvernements provinciaux
Soutien du réseau			
Sensibilisation constante des fournisseurs de soins de santé, élaboration de lignes directrices pour la pratique clinique et formation de ressources	• Continuer à mettre à jour les lignes directrices pour la pratique clinique. • Des groupes locaux de professionnels peuvent tenir des réunions pour discuter de la façon d'appliquer les lignes directrices dans leur collectivité.	Fournisseurs de soins de santé	Associations de spécialistes de la santé Groupe local de fournisseurs de soins de santé
Surveillance, recherches et évaluation des programmes	• Enquêtes continuelles sur la prévalence des hypertensions traitées et contrôlées. • Recherches sur l'efficacité des interventions.	Gestionnaires, associations de bénévoles et de spécialistes, gouvernements, chercheurs	Santé publique locale, gouvernements fédéral et provinciaux
Réseaux et coalitions	• Le réseau local de tous les fournisseurs tient des réunions pour s'assurer de la continuité entre les premiers soins, les pharmaciens, les spécialistes et les organisations appuyant le mode de vie.	Fournisseurs de services	Fournisseurs de soins de santé, gouvernements, organismes bénévoles, industrie pharmaceutique